

Zeugnis / Certificate

über den / concerning

Krankenpflegedienst / nursing service

(Anlage 5 zu § 6 Abs. 4 Satz 2 ÄAppO)

Name: Vorname:
Surname:.....First name:.....

Geburtsdatum: Geburtsort:
Date of birth:.....Place of birth:.....

hat im Rahmen der ärztlichen Ausbildung in dem unten bezeichneten Krankenhaus unter meiner Leitung den Krankenpflegedienst geleistet.
has accomplished nursing service as part of medical training at the following hospital under my supervision.

Dauer des Krankenpflegedienstes:
Duration of nursing service: vom/from..... bis/to.....

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:
The training has been interrupted:

nein/no

ja/yes vom/from..... bis/to.....

.....
Ort, Datum
Place, Date

Siegel oder Stempel
Seal or Stamp

.....
Name des Krankenhauses
Name of hospital

.....
Unterschrift des Leiters des Krankenpflegedienstes
Signature of head of nursing service